

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

213

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

PAR

Alfred PAILLARD

Né à Pouancé (Maine-et-Loire), le 3 décembre 1856

ÉTUDE SUR LA FORME GANGLIONNAIRE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA LATENT DU PHARYNX
ET DE
L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

M. HANOT, professeur.

Juges : { MM. BALLET } *Agrégés.*
 { ROGER }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE. 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

PAR

Alfred PAILLARD

Né à Pouancé (Maine-et-Loire), le 3 décembre 1856

ÉTUDE SUR LA FORME GANGLIONNAIRE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA LATENT DU PHARYNX

ET DE

L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : { M. HANOT, professeur.
MM. BALLET } *Agrégés.*
ROGER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE. 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUD.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. CHUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE

Monsieur le Docteur BERNEAUDEAUX

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LABOULBÈNE.

Etude sur la Forme Ganglionnaire
DE
L'ÉPITHELIOMA LATENT DU PHARYNX
ET DE
L'Extrémité supérieure de l'Œsophage

Avant-Propos

Dans le cours de notre pratique médicale, il nous a été donné d'observer deux malades dont l'histoire nous a semblé assez intéressante pour fournir le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans ces deux cas, il s'agissait de malades qui, venant consulter pour une tumeur du cou, étaient en réalité atteints d'un cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage avec retentissement secondaire sur les ganglions cervicaux.

Aucun symptôme n'avait attiré leur propre attention du côté des voies digestives, et l'examen médical ne révélait rien du côté de la bouche et des parties profondes accessibles à la vue.

Certes, nous serions passé à côté du diagnostic, si nous n'avions eu présent à l'esprit la leçon du professeur Duplay, leçon publiée dans le *Progrès Médical* du 21 juillet 1877, et que le hasard avait mis sous nos yeux quelques temps avant la visite du malade, qui fait l'objet de notre première observation personnelle.

L'année suivante, un malade atteint de la même affection nous consultait.

La loi des séries veut que le médecin soit amené et à intervalles assez rapprochés, à voir passer devant lui des cas pathologiques similaires ; cette loi, tout médecin qui exerce depuis un certain nombre d'années, a été appelé à en constater la fréquence. Dans les hôpitaux, c'est une chose que l'on remarque journellement.

Nous fîmes le diagnostic (diagnostic contrôlé par le docteur Leray), nous rappelant que M. Duplay conseillait :

De ne jamais croire trop facilement à un cancer primitif des ganglions, mais d'explorer auparavant non-seulement la bouche, la portion accessible du pharynx, mais encore les fosses nasales et les conduits laryngé et œsophagien, et d'interroger avec une grande attention le malade.

Aujourd'hui, ces préceptes sont certes classiques ; cependant dans une seule thèse, celle de Tostain, soutenue en 1884, ont été recueillis un certain nombre de cas, où l'adénopathie a précédé tous les autres symptômes.

Parcourant les chemins battus par nos devanciers sur cette question, profitant des documents que la science médicale a mis à notre disposition, nous limiterons notre

sujet à l'étude de l'engorgement ganglionnaire cervical dans les épithéliomas latents du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, ne considérant que les cas, et nous croyons qu'ils sont encore nombreux, où l'adénopathie apparaît avant tout symptôme fonctionnel du côté des voies digestives.

Le docteur Moussier, chirurgien des hôpitaux de Nantes, a bien voulu nous communiquer une observation personnelle; qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

Le distingué professeur d'histologie de l'Ecole de médecine de notre ville, le docteur A. Malherbe fils, avec l'obligeance qu'il montre toujours pour ses élèves, nous a, au sujet de cette thèse, procuré une note d'anatomie pathologique, que nous sommes d'autant plus heureux de voir figurer dans ce travail, que c'est à ce savant praticien que nous devons la santé dont nous jouissons.

Et puisque nous rappelons un jour mémorable dans notre existence pathologique, nous saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous d'exprimer toute notre sympathie, toute notre reconnaissance aux docteurs Leduc et De Laraberie, dignes collaborateurs du docteur Malherbe, en la journée du 15 décembre 1889.

Il nous est doux, avant d'entrer en matière, de remercier tout particulièrement notre camarade de lycée, hier prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, aujourd'hui brillant chirurgien des hôpitaux de Nantes — nous avons nommé le docteur A. Boiffin, qui nous a

constamment encouragé et soutenu du jour où nous avons décidé de conquérir le grade de docteur en médecine.

Quant au docteur Leray, qui s'est montré pour nous un ami dévoué, un conseiller toujours sûr, qu'il nous permette de lui témoigner l'assurance de notre cordiale amitié.

Avant de commencer ce travail, nous tenons aussi à remercier notre ami et compatriote Lapeyre, interne des hôpitaux de Paris, à qui nous devons plusieurs observations inédites.

Que M. le professeur Laboulbène, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien recevoir nos très grands remerciements.



Historique

L'importance et la fréquence de la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques du cou dans les épithéliomas des voies supérieures, respiratoire et digestive, ne furent reconnus et acceptés que le jour où l'histoire de ces cancers eux-mêmes a commencé à prendre place dans la littérature médicale ; aussi, très récemment encore, les tumeurs cancéreuses des ganglions du cou étaient-elles facilement considérées comme primitives.

En 1845 et 1846, Guersant fils, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publiait trois cas de cancers primitifs des ganglions chez des enfants âgés de moins de six ans.

Nombre d'observations du même genre continuent à être publiées dans la suite.

En 1865, Broca enlève un épithélioma ganglionnaire du cou présumé primitif.

En 1869, Verneuil, dans son cours à la Faculté relate un cas de cancer primitif des ganglions du cou. Un autre cas de cancer ganglionnaire primitif du cou est cité dans la thèse de Nicaise en 1872, et la même année, dans sa thèse d'agrégation intitulée : « Des tumeurs ganglionnaires primitives du cou », Bergeron publie des cas de tumeurs ganglionnaires primitives.

Plus près de notre époque, en 1876, dans le tome IV, p. 807, des « *Éléments de pathologie chirurgicale* » de Nélaton-Péan nous copions les lignes suivantes : « Les can-

cancers primitifs niés par quelques auteurs sont rares. Nous en avons observé plusieurs exemples ». Nous ajoutons immédiatement que dans le même ouvrage à la page 808, nous lisons : « les cancers secondaires sont fréquents, ce qui tient à l'étendue et à la multiplicité des organes et des réseaux lymphatiques ; on les observe à la suite des cancers du crâne, de la face, du larynx, de l'œsophage. »

Dès 1831, dans les « Archives générales de Médecine », Mondière, en étudiant les affections de l'œsophage, tome XXV, p. 387, écrivait à propos du cancer de cet organe : « Le plus ordinairement, on trouve le long de la face externe de l'œsophage des ganglions engagés et plus ou moins dégénérés, et il insiste sur ce symptôme.

En 1860 et 1862, dans les conférences de clinique médicale, p. 68-69, J. Behier, tout en étudiant les rétrécissements de l'œsophage, traitait cette question de l'envahissement des ganglions cervicaux, mais à l'encontre de Mondière, soutenait que cet engorgement était très rare.

A l'adénopathie dans le cancer du larynx nous consacrons quelques lignes.

En 1876, Isambert dans les « Annales des maladies de l'oreille et du larynx », cite un cas d'adénopathie et ajoute quelques réflexions sur le cancer laryngé propagé aux ganglions. La même année dans son « Traité des maladies du larynx » p. 705, 1876, Ch. Fauvel fait remarquer que sur 44 cas de cancers du larynx, 34 fois il y avait des ganglions.

Après avoir rappelé que le professeur Verneuil, dans

son cours de la Faculté en 1869, attirait lui aussi l'attention sur la fréquence d'une lésion cachée primitive, nous croyons que c'est de la leçon clinique professée à l'hôpital Saint-Louis par le professeur Duplay, en 1877, que date seulement la notion que l'origine du cancer ganglionnaire est presque toujours, sinon toujours secondaire.

Une seconde fois à nouveau, en 1877, Duplay affirme à la Société de chirurgie, à propos d'un malade douteux, présenté par Marjolin, la rareté du cancer primitif.

Dès lors, les observations se multiplient : Krishaber, dans les « Annales de laryngologie », en 1879, étudie la fréquence et les conditions de l'envahissement ganglionnaire dans le cancer, à point de départ laryngé.

Le Dentu, en 1879, à la Société de chirurgie, rapporte deux nouvelles observations, où à l'autopsie, l'origine secondaire du cancer ganglionnaire a été démontrée.

En même temps, deviennent à leur tour connus les épithéliomas primitifs du pharynx restés si longtemps ignorés que, dans le « Traité de pathologie externe » de Follin et Duplay, t. V. p. 261, nous trouvons cette appréciation : « les pseudoplasmes du pharynx sont rares, ils n'ont été encore l'objet d'aucune description spéciale de la part des auteurs classiques. »

La monographie de Poland en 1872. (Bristish and foreing med. chirurg. Review), le travail de Rendu (Arch. gen. méd. 1872) les thèses de Passaguay, 1873, Piérin 1879, font connaître le cancer de l'amygdale.

En 1884, sous l'inspiration du professeur Duplay, le Dr Tostain consacre sa thèse inaugurale à l'étude : « Du

cancer des ganglions cervicaux consécutif aux carcinomes des voies pharyngo-œsophagienne et laryngée. »

Cette thèse très intéressante établit de la façon la plus nette et la rareté du cancer ganglionnaire primitif dont Tostain juge un seul cas comme authentique (celui de Verneuil, jeune fille de 24 ans) et la latence de ces cancers cachés qu'un examen minutieux peut seul déceler.

La plupart des observations recueillies par Tostain concernent le larynx, aucune observation d'épithélioma de l'amygdale n'est rapportée. Les cas intitulés carcinomes pharyngés ont trait à des néoplasmes développés à l'entrée du larynx, méritant en somme le nom qui leur a été donné de cancers extrinsèques du larynx.

En 1886, dans « l'Encyclopédie internationale de chirurgie », t. V, p. 508, Ch. Heath consacre quelques lignes aux tumeurs du pharynx et, touchant le cancer de l'amygdale, cite l'article de Poland ; dans le même ouvrage, Maurice Jeannel, p. 860, t. V, traitant du cancer de l'œsophage, signale l'adénopathie cervicale comme précoce.

A la même époque, le D^r Castex, dans la *Revue de Chirurgie*, p. 45, 131, 304, fait paraître une série d'articles remarquables intitulés : « Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche ».

Ce distingué clinicien insiste d'une façon toute spéciale, sur la fréquence de l'apparition d'un ganglion cervical comme symptôme initial dans le cancer de l'amygdale.

Au cours de ce travail nous ferons au D^r Castex de

nombreux emprunts ; ses observations sont, en effet, aussi frappantes que possible.

Il ne nous reste plus avant de terminer cette courte revue bibliographique qu'à indiquer dans les auteurs classiques, les brèves mentions accordées aux travaux que nous mentionnons.

Dans le dictionnaire Dechambre, sous la plume de Gillette, p. 252, t. XXI, un court paragraphe est consacré à la nécessité d'une exploration attentive des cavités supérieures.

Dans le nouveau traité de chirurgie, p. 372, t. V, à l'article épithélium du pharynx, la thèse du Dr Tostain est signalée et l'importance de l'adénopathie indiquée d'après le travail de Castex.

C'est la brièveté même de ces citations qui nous a encouragé à présenter ce modeste travail.

Vous nous pardonnerez notre audace à traiter un pareil sujet. Notre but a été d'appeler de nouveau l'attention sur cette affection, et par cela même de mettre en éveil l'esprit des médecins qui pourraient être amenés à se trouver en présence de malades atteints d'engorgements ganglionnaires cervicaux symptomatiques d'une lésion cachée.

Or, le médecin, en pareille circonstance, sera d'autant plus utile au malade que son diagnostic sera plus précoce et qu'il demandera plus rapidement l'aide d'un chirurgien.

Notions d'anatomie normale et pathologique.

Nous croyons nécessaire, avant d'aborder l'étude des propagations ganglionnaires dans les cancers du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, de rappeler, en quelques mots, l'origine des lymphatiques de ces régions et les groupes des ganglions cervicaux auxquels ils aboutissent.

Les lymphatiques du pharynx, étudiés surtout par le professeur Sappey, sont remarquables par leur richesse.

Ils prennent naissance dans la muqueuse, forment un plexus extrêmement fourni et se divisent en deux groupes principaux de troncs efférents.

Les uns, supérieurs, se portent en haut, traversent la paroi postérieure près de son attache au rocher et vont à un ganglion couché sur la partie la plus élevée du constricteur supérieur.

Les autres, inférieurs, se dirigent en bas et en avant vers la membrane thyro-hyoïdienne, la traversent et vont à un ganglion situé en avant de la carotide primitive près de sa bifurcation.

D'après Krishaber, cité par Tostain, la partie antérieure du pharynx, l'épiglotte et les replis aryténo-épiglotiques représenteraient une zone où les lymphatiques sont tout particulièrement développés.

Aux ganglions pré-axoïdiens, décrits par Gillette, et

couchés sur le droit antérieur de la tête se rendent des lymphatiques du pharynx nasal. Les ganglions parotidiens sont aussi en relation avec les lymphatiques du pharynx.

La muqueuse qui recouvre la face inférieure du voile du palais est comparée, par le professeur Sappey, à celle de la face dorsale de la langue pour sa richesse lymphatique. Les troncs efférents se rendent aux ganglions profonds du cou soit directement à travers la paroi, soit en suivant d'abord les piliers.

Enfin, au niveau de l'amygdale, les recherches de Schmidt, de Frey, de Retterer ont montré que les lymphatiques provenant des follicules forment des réseaux à mailles tellement serrées que les espaces libres présentent des diminutions inférieures aux capillaires lymphatiques.

Les troncles et troncs efférents se portent les uns en dedans, les autres en dehors ; ils s'unissent aux troncs postérieurs lymphatiques nés en arrière du V lingual, et se rendent dans 2 ou 3 ganglions placés en avant de la jugulaire interne.

Cruveilhier a depuis longtemps signalé que les lymphatiques de l'amygdale se rendaient surtout au groupe des ganglions angulo-maxillaires.

Le ganglion pré-auriculaire recevrait aussi quelques lymphatiques de l'amygdale.

Au niveau de l'œsophage, l'abondance en lymphatiques est certainement moindre qu'au niveau des diverses régions que nous venons de décrire ; cependant les lym-

phatiques naissent encore de la muqueuse en quantité assez considérable pour former dans la sous-muqueuse un riche plexus à mailles longitudinales. Les troncs efférents traversant les tuniques œsophagiennes se rendent aux ganglions profonds du cou, s'échelonnent de l'angle de la mâchoire à la région sus-claviculaire le long des vaisseaux.

Les plus importants, les plus gros sont situés en avant des vaisseaux sur la partie externe de la jugulaire interne. Cependant la chaîne carotidienne est double, une deuxième rangée de ganglions se trouve derrière les vaisseaux.

En résumé, de cette étude sommaire il résulte que les groupes ganglionnaires, qui *a priori* doivent être atteints, sont : les groupes parotidiens, angulo-maxillaires, carotidiens et sus-claviculaires.

Les ganglions superficiels du cou et les ganglions médians des régions sus et sous-hyoïdienne, les ganglions sous-occipitaux doivent, par contre, rester intacts.

L'anatomie pathologique vient complètement confirmer ces données et ce sont bien ces groupes, surtout le angulo-maxillaire et la chaîne carotidienne que les observations montrent lésés.

Au niveau du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, la presque totalité des cancers observés sont des épithéliomas pavimenteux. C'est donc ce même type que présenteront les tumeurs ganglionnaires secondaires.

L'épithélium primitif des ganglions lymphatiques, des ganglions du cou, en particulier, était encore accepté

couramment il y a une vingtaine d'années. Les idées ont bien changé depuis lors ; on est arrivé à constater que les épithéliomes paraissent toujours naître d'un épithélium et lorsque l'on constate la présence d'un tissu épithéliomateux dans un ganglion, comme nous l'apprend le Dr A. Malherbe fils : « on est en droit de conclure que cette « néoplasie est secondaire et qu'il faut chercher la lésion « primitive, soit dans la peau et les muqueuses voisines, « soit dans des viscères plus ou moins éloignés »

On ne compte plus les observations de ganglions du cou résultant des épithéliomes de la face, des lèvres ou de la muqueuse buccale.

Les observations d'épithélium ganglionnaire cervical consécutif à une lésion du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage sont plus rares et comme nous l'avons déclaré au début de ce travail, c'est cette rareté même qui nous a engagé à traiter ce sujet.

Dans nos recherches, nous n'avons pu trouver que quelques cas faisant mention d'un examen histologique des ganglions atteints, et dans presque tous ces cas, sauf 2 ou 3 de sarcome, on a constaté un épithélium pavimenteux typique.

Nul doute que si dans tous les cas se rapportant au sujet de cette thèse on eût procédé à l'examen histologique, le résultat n'eût été le même, l'épithélium du pharynx et de l'œsophage étant un épithélium pavimenteux.

On pourrait donc, en se basant sur l'espèce et la variété d'épithélioma observé dans un ganglion, déterminer

approximativement quel est l'organe primitivement malade.

Supposons que l'on enlève une tumeur ganglionnaire du cou et que l'on y trouve un épithélium à cellules cylindriques : on en conclura que l'organe malade est l'estomac ou l'intestin, où, à la rigueur, une glande salivaire ; si l'on trouve un épithélium lobulé, c'est à la peau de la face sur les lèvres, dans la cavité buccale que l'on devra chercher la lésion primitive.

Dans le même ordre d'idées, et toujours d'après le même histologiste, on peut diagnostiquer un épithélium de la peau ou de la muqueuse buccale, passé inaperçu ou guéri par cautérisation, en constatant la dégénérescence ganglionnaire. En voici une observation inédite :

Une pièce enlevée dans la région sous-maxillaire et regardée comme une tumeur de la glande sous-maxillaire est remise au docteur A. Malherbe fils, de Nantes, au commencement de l'année 1894, pièce 22.

« En disséquant la pièce, nous trouvons la glande
« sous-maxillaire saine et quelques ganglions voisins
« atteints d'épithélium lobulé typique, avec de nombreux
« globes épidermiques. En présence de cette constatation,
« nous pûmes affirmer qu'il existait quelque part sur la
« face, un cancroïde, point de départ de l'infection gan-
« glionnaire.

« En effet, il y avait une petite ulcération ancienne
« à laquelle, en présence de la tumeur sous-maxillaire, on
« n'avait attaché aucune importance. »

Cette observation, bien que ne se rapportant pas

complètement à la région que nous étudions, nous a paru tellement concluante, que nous avons jugé bon de la mettre sous vos yeux. Elle donne l'intime conviction que dans les tumeurs malignes du genre épithélium, les cellules des productions secondaires sont toujours identiques aux cellules de la production primitive.

Nous nous résumons : presque toujours la dégénérescence secondaire est de nature épithéliale. Néanmoins, on a trouvé le sarcôme surtout au niveau de l'amygdale, et à propos de sarcôme de l'amygdale, nous avons cité une observation (la XVIII^e), où ce n'est qu'au troisième examen histologique, que l'on put déclarer que l'on se trouvait en présence d'un sarcôme.

Gombault attribue l'erreur des deux premiers histologistes à ce qu'au début du néoplasme, les cellules rondes très abondantes dans l'amygdale, en imposaient pour un tissu inflammatoire. D'où le précepte pour Lermoyez de ne pas faire timidement une prise, mais de mordre dans les couches profondes — pour un examen microscopique — le tissu lymphoïde ne faisant place que très profondément aux éléments fusiformes caractéristiques du sarcôme (obs. XVII^e).

Nous croyons bon d'ajouter, nous appuyant sur l'autorité du docteur Malherbe, que si l'on examine un épithélium de 2^e, 3^e, 4^e récidive, on sera frappé de trouver toujours des cellules identiques à celles de la tumeur primitive, tandis que dans le sarcôme, au contraire, les cellules deviennent de plus en plus embryonnaires.

Hutinel et Longuet (Bull. de la Soc. anat. Paris, 1873,

p. 656); ont publié un cas, jusqu'ici unique, d'épithélium cylindrique.

Si nous n'avons pas dans ce chapitre parlé des carcinômes, c'est qu'avec les histologistes Robin et Lancereaux, en France, Waldeyer Butlin à l'étranger, avec notre excellent ami J. Perochaud, (th. Paris, p. 64. 1885. Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires), nous considérons le carcinôme comme une espèce du genre épithélium.

Le plus souvent, il naît d'un épithélium glandulaire. quelquefois peut-être de l'épithélium cutané, (carcinôme développé sur les nævi).

Il est à remarquer que dans le pharynx, l'épithélium se développe de préférence en certains points ; or, ces points d'élection répondent justement aux régions que nous avons décrites comme les plus riches en lymphatiques.

Ceci explique la constance et la rapidité du retentissement ganglionnaire.

— Par ordre de fréquence, en effet, le cancer envahit d'abord l'amygdale, 21 fois sur 31 et par suite dans les $\frac{2}{3}$ des cas au moins, l'adénopathie est d'abord angulaire ; puis la région inférieure du pharynx, et dans cette région surtout, la paroi antérieure au voisinage des replis aryténo-épiglottiques.

Dans l'œsophage, l'épithélium semble de même se limiter de préférence à l'extrémité supérieure même du conduit, c'est-à-dire en somme à la même région.

Le voile du palais est rarement atteint, la base de la langue ne l'est presque jamais primitivement, mais tou-

jours secondairement à un épithélium de l'origine du pilier antérieur.

Le pharynx nasal est presque toujours respecté.

Au cours de cette étude, nous aurons à plusieurs reprises l'occasion de signaler une adénopathie parfois énorme avec une lésion primitive presque insignifiante.

A. Broca attribue ce phénomène à une irritation inflammatoire associée ; à l'appui de cette manière de voir, nous constatons que la suppuration des ganglions est une chose encore assez fréquente (observations XIII, XV et XVI). Le siège de la lésion initiale dans l'arrière-bouche, là où pullulent tant de germes infectieux, permet de comprendre la facilité de ces infections.

Le docteur Malherbe estime que la suppuration vraie des ganglions atteints de néoplasme, ne doit être admise que si l'examen histologique et surtout bactériologique a été fait, car, ajoute cet auteur, on trouve souvent, notamment sous l'angle de la mâchoire, des ganglions épithéliomateux kystiques contenant un liquide puriforme, mais ce liquide, examiné au microscope, ne laisse voir que des cellules épithéliales ou des corpuscules de Gluge en suspension et ne renferme aucun leucocyte.

Nous mentionnons cette appréciation du distingué professeur de l'Ecole de médecine de Nantes ; elle ouvre la voie aux bactériologistes.

Castex donne à ces inflammations des ganglions le nom de Phlegmon diffus épithélial.



Etiologie

Le cancer du pharynx et de l'œsophage ne se développe guère que chez des gens de quarante à soixante ans.

Cependant, au niveau du pharynx, très rarement au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage, à côté de l'épithélioma pavimenteux encore le plus fréquent, le sarcôme ne serait pas rare et atteindrait presque toujours des sujets jeunes et des enfants (cas du docteur Després à la Charité, en 1884, petite fille de 7 ans).

A la vérité, le sarcôme ne retentirait que d'une façon inconstante et tardive sur les ganglions, aussi le passerons-nous presque sous silence.

C'est presque toujours chez l'homme que s'observent ces cancers 41 fois sur 44 cas pour Pétri, 71 sur 100 pour Morell Mackenzie.

Ici, comme pour tous les cancers, l'irritation locale semble jouer un rôle dans le développement du cancer.

La brûlure produite par la déglutition d'aliments très chauds pour l'œsophage, les angines répétées, l'habitude du tabac, l'alcoolisme sont incriminés pour le pharynx.

D'après Castex, sur un ensemble de 16 faits, deux fois seulement l'hérédité directe a pu être notée. La part de l'hérédité se révèle donc bien minime. Le professeur Verneuil a remarqué la coïncidence des épithéliômes buccaux avec le diabète.

La fréquence de l'épithélioma primitif du pharynx et de l'œsophage est assez faible ; Zenker et Ziemmsen ne trouvent que 30 cancers de l'œsophage sur 5079 autopsies.

Le cancer du pharynx a été pendant longtemps considéré comme une rareté ; il est vrai qu'en France, il n'a guère été étudié que depuis Passaguay, 1833.

Lennox Browne (épithélium de l'amygdale 1878, *British, méd. jour., fév. et déc.*), en 20 ans n'aurait observé que douze faits de tumeurs malignes de l'amygdale.

Mais à l'encontre de cette affirmation, à propos d'une communication de Bilton Pollard, sur un sarcôme amygdalien, Butlin et Golding Beard, déclarent ces tumeurs relativement fréquentes (*Soc. path. de Londres, 20 oct. 1889*).

De même Piérin compte que chaque année, dans les hôpitaux de Paris, 4 ou 5 malades meurent de cancer de l'amygdale.

L'accord n'est pas plus grand au sujet de la fréquence des cancers de l'extrémité supérieure par rapport à ceux du reste du conduit. Cependant avec Home, Rokitancky, Morrel Mackenzie, nous sommes assez disposé à les croire les plus fréquents de tous.

L'engorgement ganglionnaire semble devoir être un fait presque constant dans le cancer du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Toutes les observations publiées militent en faveur de cette opinion ; il n'en est pas de même pour les can-

cers de la partie moyenne de l'œsophage ou pour le larynx.

Krishaber et Koch ont soutenu que l'épithélioma du larynx ne retentissait sur les ganglions que lorsque le pharynx était lésé.

C'est aussi la conclusion de Tostain, pour qui l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques représentent la région la plus abondante en lymphatiques, celle dont l'atteinte entraîne irrévocablement l'adénopathie.

Un dernier point intéressant serait de savoir dans quelles proportions l'adénopathie est le premier symptôme observé.

Aucune statistique ne peut nous donner de renseignements à cet égard, mais ce qui paraît être un argument en faveur de la fréquence de ces cas, c'est que le Dr Castex, dans sa monographie des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, décrit sur le même plan trois formes de début de l'affection :

Forme gutturale.

Forme otalgique.

Forme ganglionnaire.

Tous les auteurs, A. Broca entre autres, reproduisent sans restriction cette classification. (Nouveau traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V. p. 372).



Symptomatologie

Dans ce travail, nous étudions les cas dans lesquels l'apparition d'un ganglion est le symptôme initial et dominant; le symptôme révélateur de la lésion néoplasique.

Comment le malade se présente-t-il à notre examen ? c'est ce que nous allons nous efforcer de décrire.

Le malade vient consulter pour une tumeur du cou existant depuis plus ou moins longtemps, en général, au moins deux à trois mois.

Cette tumeur est d'ordinaire unique et siège presque toujours dans l'angle de la mâchoire.

Parfois cependant, par suite de l'insidiosité même du début, le malade se présente alors que déjà tout un côté du cou est envahi par une série de tumeurs ganglionnaires.

C'est ainsi que, dans plusieurs observations, nous voyons indiqués, en outre de la tumeur sous-maxillaire, elle-même considérable, d'énormes paquets le long de la chaîne carotidienne, dans le creux sus-claviculaire, une fois même dans l'aisselle.

Il peut arriver aussi qu'il existe des ganglions des deux côtés du cou; l'observation du Dr Moussier, (observation XI), une observation personnelle en font foi.

La localisation primitive de l'adénopathie pour être

très généralement sous-maxillaire, ne l'est pas uniquement.

Michaux a noté l'envahissement des ganglions de la loge parotidienne, une de nos observations personnelles relate ce symptôme ; Castex a vu l'engorgement débiter par le ganglion pré-axoïdien. Un malade de la clinique du Dr Lubet-Barbon ne présentait pas de tumeur sous-maxillaire, mais un envahissement des ganglions profonds de la région latérale du pharynx.

Le ganglion pré-auriculaire ne paraît jamais être atteint, alors que, dit Taylor, il le serait le plus souvent dans le chancre de l'amygdale.

Le volume de la tumeur est extrêmement variable ; il est malheureusement trop rare d'assister aux premières phases, celles dans lesquelles le ganglion atteint à peine la grosseur d'une noisette. Une chose remarquable, c'est que le volume du ganglion, suivant une remarque de Katzenstein, est sans rapport avec la gravité de la lésion initiale. La lésion primitive peut être insignifiante, une simple gerçure et l'adénopathie énorme.

Si nous suivons maintenant la tumeur ganglionnaire dans son évolution depuis son début jusqu'aux phases ultimes, nous sommes appelé à constater qu'elle offre les caractères suivants :

C'est tout d'abord une petite grosseur entièrement dure, roulant très facilement sous le doigt, parfaitement mobile sous la peau et sur les parties voisines. Cette grosseur est indolente, et reste ainsi le plus souvent très longtemps ; l'indolence existe même à la pression.

Le malade n'accuse qu'une certaine gêne, quand il tourne la tête. Ce caractère d'indolence est tel que Ch. Faurel fait, avec juste raison, remarquer que nombre de fois le médecin ne s'aperçoit de la présence de ganglions, sur lesquels rien n'attire son attention, qu'après avoir constaté directement un cancer de la gorge.

Nous enregistrons cet aveu qui autorise à penser, que plus souvent peut-être encore qu'on ne peut le croire, l'adénopathie passe inaperçue.

Dans nombre d'observations présentées dans cette thèse, ce caractère d'indolence sur lequel insiste aussi Castex, se retrouve très net.

La douleur, quand elle se montre, n'apparaît, semble-t-il, que secondairement à l'invasion de phénomènes inflammatoires venant se surajouter.

En regard de cette indolence et pour ainsi dire opposé à elle, se manifeste, dans nombre de cas, un symptôme sur lequel Castex a tout particulièrement appelé l'attention et que l'une de nos observations personnelles montre avec une particulière netteté. Nous voulons parler de ces douleurs irradiées, atroces, déjà décrites par Duplay, à propos de l'un de ses malades et qui s'étendent dans toute une moitié de la joue et du cou. Chez le sujet de notre première observation personnelle, ces douleurs revenaient plusieurs fois par jour, sous forme de crises extrêmement courtes, mais horriblement douloureuses.

Parfois même, pris de vertige, le pauvre malade tombait, perdait connaissance et présentait quelques secousses convulsives.

Nous aurions eu d'abord peine à croire à son dire ; mais ayant assisté à l'une de ces attaques, nous avons été forcé de reconnaître son absolue véracité.

En même temps que le professeur Duplay attirait l'attention sur ces phénomènes douloureux, il les expliquait, démontrant que les irradiations douloureuses suivaient nettement le trajet des nerfs du plexus cervical superficiel, comprimés ou lésés par la tumeur.

Notre malade déjà cité était très remarquable en ce point, que ses douleurs irradiées coïncidaient avec l'indolence parfaite de la tumeur ganglionnaire et aussi avec l'absence d'irradiations vers l'oreille.

Ainsi indolence et mobilité, douleurs irradiées, tels sont les caractères de l'épithélioma ganglionnaire à ses premières phases.

Mais bientôt son aspect se modifie.

Ce n'est plus un seul ganglion roulant sous le doigt qui est pris, mais deux à trois ganglions plus ou moins fusionnés en un seul et plus ou moins mobiles. Puis la netteté de la limite de tumeur se modifie ; la tumeur contracte des adhérences profondes et ne forme qu'un tout avec les parties voisines.

L'adhérence à la peau est très tardive. Dans presque toutes les observations, elle ne se montre que longtemps après la fixation profonde du ganglion ; le plus souvent même, l'inflammation du ganglion, son ouverture par erreur en sont la première cause.

De cette résistance de la peau à l'envahissement Castex tire cette conclusion, que, fréquemment peut être, la

malignité du cancer de l'arrière-bouche n'est que relative.

A la longue, cependant, la peau s'ulcère et les bourgeons épithéliomateux envahissent ses bords.

Au moment de ses premiers caractères, la tumeur n'en conserve plus qu'un seul : l'indolence.

En effet, l'indolence persisterait tant qu'une complication inflammatoire n'est pas survenue. La douleur spontanée ou à la pression ne résulterait que de phénomène surajouté.

Pendant tout ce temps, l'état général reste bon, le malade garde son teint et son appétit.

Il n'est nullement cachectique, il ne le devient qu'au cours des complications qui finissent par surgir et qu'il nous reste maintenant à étudier.

Dé ces complications la plus fréquente, sans contredit, est l'inflammation et la suppuration de la masse ganglionnaire cancéreuse.

La raison est ici facile à comprendre ; comme dans le cancer classique de la langue, il suffit qu'une ulcération soit constituée pour que les microbes si nombreux et si virulents, en contact avec le foyer initial, pénètrent les lymphatiques et atteignent les ganglions déjà lésés par le néoplasme.

La rougeur de la peau, la douleur, puis enfin la fluctuation annoncent l'infection.

Redoutable par les accidents qu'elle précipite, cette complication offre, en outre, le danger d'égarer le médecin et de l'écarter du diagnostic réel.

Lorsqu'en effet on n'a pas assisté aux premières

phases de la tumeur ganglionnaire, si les symptômes douloureux du côté de la déglutition restent encore inappréciables pour le malade, on est exposé, et cela est arrivé plus d'une fois sans doute, à croire à une adénite suppurée simple et à y plonger le bistouri.

L'erreur est assez grave pour mériter d'être signalée.

A côté de ces complications inflammatoires, il nous reste encore à signaler : celles dues à l'envahissement et à l'ulcération des gros vaisseaux pouvant entraîner une mort rapide, brusque par hémorrhagie.

Le malade est exposé à l'asphyxie, et la trachéotomie a dû souvent être pratiquée d'urgence. Le plus ordinairement, à la vérité, dans les observations ainsi relatées, il s'agit d'un de ces cancers développés sur la paroi antérieure du pharynx et atteignant l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques.

Nous insistons peu sur cette dernière complication, que Krishaber range dans la classe des cancers extrinsèques du larynx et dans lesquels l'œdème de la glotte est la cause de ces accidents.

Mais, d'autres fois, l'asphyxie est due à ce que l'énorme tumeur ganglionnaire refoule et comprime larynx et trachée de façon à empêcher la respiration.

L'observation VII en est une preuve : la trachée même était perforée par la tumeur ganglionnaire qui en avait ulcéré la paroi.

Nous arrivons aux complications par compression et par lésions nerveuses ; elles vont nous arrêter plus longtemps.

La plupart des troncs nerveux du cou peuvent être comprimés, les symptômes varient par suite avec le nerf qui est lésé.

La compression du récurrent donnera naissance à des troubles de la voix : voix rauque, bitonale, à de la dyspnée par paralysie d'une des cordes. Celle du grand sympathique est plusieurs fois indiquée ; les symptômes observés sont : la rougeur de la face, le resserrement de la pupille du côté atteint, si le grand sympathique est paralysé ; la pâleur de la face et la dilatation de la pupille s'il est excité.

Les phénomènes de compression du pneumogastrique sont considérés comme rares : nous avons néanmoins vu qu'ils étaient dominants chez un malade du Dr Lubet-Barbon, atteint d'un épithélioma du pilier antérieur et de la base de la langue. Ce malade présentait une dyspnée extrêmement accentuée et des accès cardiaques.

La rareté des phénomènes dus à la lésion du pneumogastrique s'expliquerait en raison de ce que la compression s'établit lentement. Or, l'on sait d'après les expériences de Beaunis (T. II p. 634 et suiv.) que dans certaines conditions les accidents immédiats sont peu notables et que la section complète à un certain intervalle des deux pneumogastriques permet une assez longue survie et n'entraîne la mort que par des broncho-pneumonies infectieuses dues à la pénétration de corps étrangers dans les poumons.

De cette étude symptomatologique il résulte que l'adénopathie cancéreuse secondaire aux néoplasmes de l'arrière-bouche et de l'extrémité supérieure de l'œsophage

a pour caractères essentiels : son indolence remarquable au palper avec coexistence de douleurs irradiées atroces le long du trajet des nerfs du plexus cervical ;

La facilité avec laquelle s'y fait la suppuration : la lenteur possible de son évolution ;

L'absence de généralisation, car une seule relation jusqu'ici en a été donnée.

Après avoir ainsi passé en revue l'adénopathie cancéreuse prise en elle-même, il nous reste à déterminer jusqu'à quel point et pour combien de temps les phénomènes qu'elle entraîne peuvent exister seuls, en dehors de tout symptôme douloureux dans l'acte de la déglutition, en dehors de la voix nasillarde et indistincte du cancer du pharynx, en dehors de la fétidité de l'haleine, cette fétidité de l'haleine indiquant le ramollissement du néoplasme et que des parties putréfiées séjournent à sa surface.

Souvent, il est vrai, le malade n'accuse aucune gêne de ses fonctions digestives, alors qu'une interrogation minutieuse le conduit à avouer qu'en effet, il éprouve au moment du passage des aliments une sensation de constriction, de brûlure, de sécheresse. Le malade déclare même quelquefois qu'il ne peut guère avaler d'aliments complètement solides.

En revanche, il est des cas incontestables où rien, absolument rien n'a été remarqué par le malade et ne peut attirer l'attention du médecin, faciliter son diagnostic.

Déterminer la fréquence relative de ces cas est diffi-

cile, mais d'autre part un point sur lequel Castex insiste à propos du cancer de l'amygdale est le suivant :

Au moment où le ganglion est apparu, tantôt un peu avant, tantôt un peu après, le malade a éprouvé une certaine sensation de chaleur ou de chatouillement dans la gorge.

Puis, cette sensation, du reste légère, et qui a été attribuée à un peu d'angine, a disparu complètement et cela s'est vu pendant un temps tel, des mois et plus, que le malade a totalement oublié ce symptôme dont il ne trouve nullement la relation avec la tumeur cervicale actuelle pour laquelle il consulte. Il se peut que le ganglion qui existait alors n'a pas été constaté par lui ou du moins n'a pas grossi assez vite pour que la co-existence de ce ganglion et de cette légère dysphagie ne lui fasse entrevoir un lien quelconque entre ce signe et ce symptôme.

La raison de cette non-constatation, de ce manque de discernement de l'effet et de la cause, en apparence si singulier, est que la douleur tend à diminuer lorsque la muqueuse est détruite. Et, ainsi, tandis que le ganglion s'accroît, le phénomène guttural douloureux, lui, disparaît.

L'adénopathie peut donc exister seule à une phase avancée, alors même que dès le début, elle était accompagnée de symptômes locaux du côté de l'amygdale.

Le même fait se retrouve-t-il pour le cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage ? Nous n'oserions l'avancer.

Mais, si même nous admettions que pour les néoplasmes de l'œsophage moins souvent que pour ceux du pha-

rynx, l'adénopathie est le symptôme initial, nous pouvons du moins penser que plus souvent encore les signes de gêne de la déglutition restent très obscurs et disparaissent pour le malade à côté de sa tumeur cervicale.

De cette étude symptomatologique, pour laquelle nous réclamons l'indulgence, ressort pour nous cette impression : à savoir, que l'adénopathie secondaire peut exister et longtemps en dehors de tout symptôme attirant l'attention sur le pharynx ou l'œsophage, en dehors de toute atteinte de la santé générale.

Même averti de l'allure bizarre de cette forme du cancer œsophago-pharyngien, le praticien risque encore de se tromper, et sur un examen superficiel, par acquit de conscience, de la bouche, de méconnaître, au début, la lésion initiale pharyngée ou œsophagienne, surtout si le ganglion est suppuré, c'est-à-dire justement dans les cas où un diagnostic exact est le plus nécessaire.

D'où la nécessité absolue, en présence d'envahissement ganglionnaire cervical, selon le conseil de Castex : « de fouiller attentivement les coins et recoins de la cavité pharyngienne, non seulement par le regard, mais aussi par l'exploration digitale en ayant soin de déprimer la commissure labiale avec l'index explorateur pour atteindre profondément. »

Le toucher pharyngien révèle des changements de consistance et des points douloureux qui peuvent être d'une certaine importance pour le diagnostic.

A noter aussi que quand le doigt touche les surfaces ulcérées, il provoque très généralement une douleur

aiguë ; par contre, toute la région a perdu sa sensibilité reflexe spéciale, et souvent le toucher pharyngien cause une certaine perte de sang.

L'exploration digitale devra donc être pratiquée avec une grande douceur.



Diagnostic.

En entreprenant cette étude, nous avons eu pour pensée de démontrer que toute tumeur maligne des ganglions cervicaux devait faire songer à un épithélioma latent des voies respiratoires et digestives.

Nous pouvons même aller plus loin et croire qu'au point de vue pratique en dehors du lymphadénôme, toute tumeur maligne des ganglions est secondaire.

Le diagnostic de cancer primitif ne doit pour ainsi dire jamais être posé, car si l'on a décrit des chondromes, des sarcômes, des épithéliomes primitifs des ganglions, la plupart des faits rapportés seraient sujets à caution.

De tous les cas cités par exemple par Bergeron, dans sa thèse d'agrégation de 1872, un seul, celui de Verneuil, peut être maintenu exact (in Tostain).

L'observation présentée par Broca à la Société anatomique en 1865, et souvent citée depuis comme un exemple indiscutable d'épithélioma primitif des ganglions, serait au moins douteuse (in Tostain).

En admettant donc qu'il existe des cas absolument inattaquables d'épithélioma primitif des ganglions, ce qui est loin d'être démontré, ces cas sont tellement rares, qu'on pourrait les considérer comme de ces exceptions qui ne font que confirmer la règle.

Si l'on envisage le côté théorique, ces tumeurs primi-

tives n'auraient même pas probablement leur point de départ dans le ganglion lui-même.

Les vrais cancers épithéliaux primitifs du cou ne seraient pas ganglionnaires, mais seraient d'origine branchiogène ou dermoïde, ou siègeraient dans des glandes thyroïdiennes aberrantes.

Volkman (in Rev. méd. et chir. 1882) rapporte trois cas de ces cancers épithéliaux primitifs non ganglionnaires. D'après le docteur A. Malherbe fils, ces vues très intéressantes et très curieuses ont besoin de confirmation.

Aussi, étant donnée une tumeur maligne du cou autre que le lymphadénôme, toute la question revient à savoir si elle est ou non ganglionnaire.

Lorsqu'elle est ganglionnaire on peut affirmer à coup sûr, pour ainsi dire d'avance, en l'absence de tout signe fonctionnel, l'existence d'un épithélium latent.

L'existence de la nature ganglionnaire de la tumeur repose :

Sur le siège de cette tumeur, — sur la façon dont elle a évolué, — sur la possibilité même à une époque avancée de reconnaître que la masse, en apparence unique, résulte de la fusion de plusieurs ganglions malades.

De tous les diagnostics, celui de tumeurs malignes de la parotide nous semble le plus difficile, l'aspect, peut être identique, des bosselures pouvant s'isoler de la masse principale et donner absolument l'impression de plusieurs tumeurs ganglionnaires.

Les autres symptômes sont communs ; les signes qui, quant à nous peuvent être regardés comme ayant la plus

grande valeur sont l'inégale consistance de la tumeur parotidienne dans ses différents points, les adhérences rapides avec les parties voisines.

Berger et Rindfleisch (Traité de chirurgie, t. V, p. 427), auraient vu des malades chez qui, consécutivement à ces épithéliomas du pharynx, la glande elle-même, non pas les ganglions situés dans sa loge, était envahie par le néoplasme.

Les tumeurs de la glande sous-maxillaire ont un caractère constant qui les distingue des adénopathies, c'est la présence d'une tuméfaction notable à l'intérieur de la bouche. Nous ne parlons que pour mémoire de la grenouillette qui ne peut guère prêter à la confusion ; il en est de même de ces indurations de la glande sous-maxillaire engendrées par une irritation chronique, la lithiasé, par exemple, et qu'a signalées le professeur F. Terrier, ces indurations simulant une tumeur maligne de la glande sous-maxillaire et en présentant le même caractère différentiel.

Mais en admettant que la tumeur soit certainement ganglionnaire, quelles sont les affections pouvant être confondues avec le cancer épithélioma ou sarcôme ?

Le lymphadénôme des ganglions si fréquent a des caractères distinctifs très accusés : la multiplicité des tumeurs, leur mollesse, l'envahissement des organes viscéraux donnent, en effet, à l'affection, un aspect tout différent. Certes, les lymphadénômes peuvent être soupçonnés quand plusieurs masses ganglionnaires se développent simultanément et surtout quand certaines des tumeurs

rétrocèdent et disparaissent, tandis que d'autres s'accroissent et qu'enfin de nouvelles productions apparaissent.

L'adénopathie tuberculeuse dans sa forme rapide ne peut prêter à l'erreur, mais il en est autrement dans sa forme chronique ; le plus souvent cependant elle n'apparaît pas pour la première fois chez un sujet âgé et le malade présente d'autres signes de tuberculose. On devra se rappeler que dans la tuberculose du sommet on trouve quelquefois une adénopathie sus-claviculaire. Notre ami le docteur Leduc, nous citait dernièrement un exemple. Quelquefois de ces adénopathies tuberculeuses sus-claviculaires les unes s'enflamment et suppurent, d'autres restent stationnaires jusqu'à la mort (Nélaton, t. IV, p. 801).

D'ordinaire aussi l'adénopathie tuberculeuse est d'emblée un peu douloureuse, plus tard, à la période de suppuration la confusion n'est plus possible.

L'adénopathie syphilitique consécutive à un chancre de l'amygdale atteint soit la région sous-maxillaire, soit le ganglion pré-auriculaire. Son meilleur caractère est l'extrême rapidité avec laquelle elle se développe, et l'énorme volume auquel elle arrive ; enfin les commémoratifs et la présence d'autres manifestations mettront sur la voie du diagnostic.

Les adénopathies secondaires siégeant à la nuque, les adénopathies tertiaires, scléreuses ou gommeuses, du reste extrêmement rares, sont sans intérêt diagnostique.

En passant, notons les adénopathies des ganglions sous-occipitaux, consécutives à l'impetigo de la partie pos-

térieure du cuir chevelu, adénopathies que nous avons personnellement souvent observées.

Dans l'actinomycose, la tumeur sous-maxillaire fait corps avec l'os qui en est le point de départ. La tumeur a en outre une apparence semi-inflammatoire et quand elle s'ouvre à la peau, donne issue à un liquide séreux contenant en suspens de petits grains, jaune soufre, formés par des amas d'actinomyces.

L'adénite chronique simple, à supposer qu'elle existe en dehors de la scrofule, se rencontre chez les enfants et les soldats. Il s'agit bien d'un engagement indolent, mais restant souvent stationnaire, n'influençant pas l'état général et paraissant succéder à des lésions dentaires ou à des angines à répétition, au frottement du col raide des tuniques, à l'action du courant d'air froid des guérites percées de lucarnes losangiques, à des changements de vie et d'habitudes, à l'encombrement.

La confusion avec l'adénite suppurée est enregistrée, mais une interrogation bien conduite en révélant l'ancienneté de la lésion devra mettre sur la bonne voie.

Lorsque l'adénopathie est angulo-maxillaire ou parotidienne il n'y a guère qu'à chercher du côté des voies supérieures respiratoire et digestive. Si, au contraire, l'adénopathie est carotidienne ou sus-claviculaire, il faut, bien entendu, éliminer d'abord le sein, l'estomac, le corps thyroïde avant de procéder à l'examen des cavités supérieures.

Ces cavités doivent être examinées minutieusement et complètement pour éviter toute erreur.

Inversement aussi dans toute lésion de l'amygdale

ou du pharynx, surtout passé la quarantaine, car pour le diagnostic l'âge du malade doit entrer en ligne de compte, si bénigne que soit la lésion, il faut consulter les ganglions qui peuvent ne pas avoir attiré l'attention du malade.

Ne trouvons-nous pas dans la littérature médicale des faits où des spécialistes éclairés ont cru pendant longtemps à une hypertrophie amygdalienne et n'ont été démentés que par l'envahissement croissant des ganglions.

Dans deux cas des D^{rs} Luc et Lermoyez, l'examen histologique de l'amygdale enlevée ne tranchait pas les doutes ; nous voyons donc de quels secours peut être l'engorgement des ganglions et quelle méfiance aussi il doit nous inspirer.

Avant de passer au pronostic, nous devons mentionner combien l'étude des ganglions est importante. La lenteur de leur évolution serait en effet en rapport avec la bénignité relative du cancer.

D'après les classiques, et selon le D^r Lermoyez, il semblerait que l'envahissement tardif et lent des ganglions doive être considéré comme un des meilleurs signes qui différencieraient le sarcôme de l'épithélium.



Pronostic

Qu'il s'agisse d'un cancer du pharynx ou de l'œsophage, le pronostic est aussi sévère que possible.

Cependant l'examen attentif des observations montre que pour fatale que soit la marche du cancer abandonné à lui-même, l'évolution du moins dans le cancer du pharynx peut être parfois vraiment lente.

Dans une des observations de Castex, par exemple, nous voyons un malade atteint d'un épithélium de l'amygdale qui, deux ans encore après l'apparition de l'adénopathie, n'a que des symptômes fonctionnels très légers et jouit d'une parfaite santé générale.

Dans presque toutes les observations, la cachexie se montre très tardive et les ganglions restent longtemps non adhérents et mobiles.

Le sarcôme de l'amygdale a un pronostic moins sévère et l'opération curative a donné de bons résultats.

Alors que Tostain, dans sa thèse, donnait un an comme terme fatal, nous appuyant sur certaines observations publiées, nous croyons que souvent l'affection a une marche moins rapide ; il est des cas où son évolution a mis cinq ans à s'accomplir.

Nous confessons que, dans quelques circonstances, la durée de la maladie évolue avec une grande rapidité, en quelques mois.

Les différences dans la marche du néoplasme trouvent leur explication dans la nature de la tumeur et de la constitution du malade.

Dans Castex nous trouvons relatés des succès, les uns momentanés les autres durables, après intervention de Lablé, Polaillon, Novaro, Langenbeck, Caselli, Rizzoli. Ce qui rend le pronostic d'autant plus sombre, c'est qu'après les grandes opérations pratiquées pour enlever la tumeur pharyngo-œsophagienne, les malades succombent très souvent de broncho-pneumonie. Cette pneumonie que l'on redoute également après les ablations larges de la langue, cette « schluck-pneumonie » des auteurs allemands est due au passage dans les voies aériennes de parcelles septiques provenant du foyer opératoire.



Traitement.

Lorsque le médecin a reconnu que la tumeur ganglionnaire présentée par le malade est secondaire à un épithélium viscéral, il a acquis au point de vue thérapeutique cette indication capitale :

« Qu'enlever un ganglion est inutile sinon nuisible, la véritable lésion étant ailleurs. »

Il évitera, ce qui est arrivé, d'ouvrir malencontreusement ce ganglion et de provoquer ainsi l'envahissement de la peau et des parties voisines ou encore une hémorrhagie grave.

D'autre part, l'existence de ganglions est elle-même d'un fâcheux augure pour l'avenir de toute opération curative cherchant à enlever et le cancer primitif et sa localisation secondaire.

Le plus souvent, le traitement sera purement palliatif : chlorate de soude ou de potasse à l'intérieur et en gargarismes ; lavages à l'eau chloratée, aseptie aussi parfaite que possible des cavités buccales, nasales, pharyngienne stomacale et intestinale, afin d'éviter les infections secondaires et l'auto-infection du malade ; morphine contre les douleurs atroces qu'éprouve si souvent le patient dans tout un côté du cou et de la tête ; les attouchements à la cocaïne peuvent procurer du soulagement ; le traitement

anti syphilitique (frictions mercurielles, iodure de potassium à haute dose) s'impose dans les cas douteux.

Une intervention plus active, mais encore purement palliative, deviendra à un certain moment nécessaire.

La sonde œsophagienne à demeure, quelquefois peut-être la gastrostomie, plus fréquemment encore la trachéotomie devront être pratiquées d'urgence pour prolonger la vie du malade.

Chez un certain nombre de sujets, mais malheureusement trop rarement, l'intervention curative pourra être tentée.

Lorsque le cancer est encore enlevable par les voies naturelles, que le ganglion pris est encore unique et parfaitement mobile, l'opération sera permise. L'indication est précise, formelle dans un sarcôme de l'amygdale ; il faut opérer de bonne heure, au début de l'affection.

Mais toutes les fois qu'une incision externe, qu'un vaste délabrement sera nécessaire comme dans le procédé du D^r Polaillon, nous estimons avec Thiersch, U. Trélat, Terrier, que la mortalité immédiate considérable, l'implacabilité de la récurrence déconseillent toute intervention.





CONCLUSIONS

1° Fréquemment l'adénopathie cervicale est le premier symptôme par lequel se révèle un épithélium du pharynx ou de l'extrémité supérieure de l'œsophage ;

2° La tumeur du cou peut précéder de plusieurs mois (deux ans dans une observation de Castex ; dix-huit mois dans une observation du docteur Moussier de Nantes) tout symptôme fonctionnel ;

3° Le siège de l'adénopathie est presque toujours d'abord la région sous-maxillaire, quelquefois la région parotidienne ;

Le ganglion pré-auriculaire n'est jamais atteint ;

4° La tumeur cervicale se développe d'une façon très insidieuse ;

La marche est plutôt lente, l'envahissement de la peau tardif ; la suppuration assez fréquente ;

5° L'épithélioma primitif des ganglions cervicaux n'existe pas, ou alors est si rare, que toute tumeur cancéreuse ganglionnaire doit faire songer à un épithélium primitif d'un autre organe ;

6° Les sarcômes de l'amygdale et de l'extrémité supérieure de l'œsophage retentissent aussi, mais d'une façon moins constante, sur les ganglions.

7° L'indolence, la mobilité, assez souvent des douleurs irradiées caractérisent la forme ganglionnaire de l'épithélioma pharyngo-œsophagien, à sa première phase.



OBSERVATIONS

Le groupe d'observations que nous apportons à l'appui de notre thèse n'est pas extrêmement nombreux, mais nous ferons observer que nous n'avons voulu nous servir que de faits prêtant le moins possible à la critique.

Nous avons écarté par suite un bon nombre d'observations, qui, présentant une certaine valeur ne répondaient pas absolument au plan de notre sujet.

Nous aurions pu, par exemple, multiplier les exemples de sarcôme de l'amygdale à début insidieux.

Nous nous sommes contentés d'en publier deux cas, que nous avons choisis en raison de ce que l'adénopathie avait joué un rôle important au point de vue diagnostique et cela les deux fois.

Autant que possible nous avons groupé les observations similaires dans le but d'en rendre la lecture plus facile.



OBSERVATION I

(Résumé de l'observation inédite recueillie par M. le D^r
Moussier, chirurgien des hôpitaux de Nantes).

*Cancer du pharynx et de la base de la langue. — L'adé-
nopathie précède de 18 mois les autres symptômes*

M. C..., 60 ans, ayant contracté autrefois la syphilis vient me consulter dans le courant de l'année 1890, porteur de ganglions cervicaux sous maxillaires.

La tumeur ganglionnaire est indolente, mais le malade souffre parfois de douleurs spontanées lancinantes qui suivent le trajet des branches mastoïdienne sus-claviculaire et sus-acromiale du plexus cervical superficiel.

M. C..., se plaint d'une très légère dysphagie. La santé générale est bonne, cependant le patient déclare avoir peut être un peu maigri.

Rien à l'examen de la gorge ; le pharynx, l'isthme du gosier paraissent indemnes ; l'examen laryngoscopique ne révèle rien. Traitement anti-syphilitique mixte longtemps continué, frictions résolutes, le tout sans aucune amélioration.

Sept à huit mois après mon premier examen (les ganglions qui étaient pris des deux côtés, et avaient commencé à être envahis un an environ avant la consultation, mais avaient tout d'abord peu inquiété le malade, étant donné leur indolence, leur volume peu considérable et l'intégrité de toutes les fonctions), dysphagie intense,

phonation assez gênée; l'examen bucco-pharyngé montre d'une manière bien nette l'infiltration cancéreuse de toute la base de la langue et du pharynx.

Cette lésion évolue avec rapidité, 4 mois après mon deuxième examen le malade succombe.

Réflexions. — Ce qui pour nous ressort de cette observation c'est que les ganglions cervicaux peuvent être pris près de deux ans avant que les symptômes physiques et fonctionnels d'une tumeur cancéreuse du pharynx viennent donner la cause de l'adénite. Cette observation est remarquable tant par la précocité de l'envahissement ganglionnaire, que par ce fait que pendant 18 mois, peut être plus, cet homme était porteur de ganglions sans qu'il fut possible de les rattacher à une autre cause que la syphilis.

OBSERVATION II

(Observation inédite et personnelle).

*Epithélioma de l'extrémité supérieure de l'œsophage.
L'adénopathie sous-maxillaire précède de six mois
les autres symptômes.*

M. Georges B..., 57 ans, cocher, sans antécédents héréditaires ou personnels se présente à mon examen le 17 juillet 1892.

Cet homme brusquement a vu apparaître en janvier dernier une petite tumeur au-dessous de l'angle du maxillaire droit.

A ce moment il se portait fort bien, et n'avait jamais éprouvé de gêne de la déglutition, de douleur d'aucune sorte.

La tumeur grossit sans cesse et envahit bientôt toute la région sous-maxillaire; le malade continue à ne souffrir en aucune façon, ni de sa tumeur, ni de la gorge.

La voix n'est pas altérée; les aliments solides passent comme d'habitude, l'appétit et l'état général restent excellents. Le seul symptôme éprouvé par le malade est un peu de gêne pour tourner la tête.

Depuis un mois seulement le malade éprouve des douleurs extrêmement vives dans la moitié droite de la face avec maximum dans la région temporale.

Il n'y a aucun rétentissement vers les dents ni vers l'oreille. Ces douleurs reviennent plusieurs fois par jour par crises de quelques minutes de durée.

Dans ces crises le malade est pris de vertige, il tombe et perd même connaissance, la face devient violacée; quelques secousses convulsives apparaissent. De ces douleurs et de la tumeur cervicales seulement se plaint le malade. Cependant, en l'interrogeant de très près, on apprend que depuis 15 jours environ, il éprouve de la gêne à avaler; les aliments solides surtout passent avec quelque difficulté; la voix semble un peu enrouée; néanmoins, le malade ne croit pas que sa voix se soit modifiée et met son enrouement sur le compte de sa profession.

Examen. — La tumeur cervicale située en arrière de la branche montant du maxillaire droit s'étend depuis le bord inférieur du pavillon de l'oreille jusqu'à trois travers de doigt au dessous de l'angle du maxillaire.

Transversalement elle s'étend presque de la ligne médiane au bord antérieur du sterno-mastoïdien quelle découvre un peu.

La tumeur est uniformément dure, non bosselée, fixée aux parties voisines, mais nullement adhérente à la peau.

L'indolence de la tumeur, spontanée ou au palper est complète.

Il n'y a pas de paralysie faciale ; on ne constate pas d'autre engorgement ganglionnaire.

L'examen de la bouche et de l'arrière-bouche ne décèle rien.

Dans une deuxième exploration mon excellent ami le Dr Leray à qui j'ai fait part de mes impressions essaye mais en vain, d'introduire une sonde œsophagienne, la sonde s'arrête au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Une bougie aussi petite que possible est essayée, elle bute encore au même niveau mais finit cependant par passer. Au retour une sensation très nette d'arrêt est perçue à une distance égale à environ 18 centimètres de l'arcade dentaire supérieure.

Le passage de la bougie, effectué par le Dr Leray, avec une extrême douceur, est douloureux et l'œillet ramène un peu de sang et des parcelles de tissu ; le diagnostic ferme est posé. Le malade est revu trois semaines après le deuxième examen, les symptômes œsophagiens ne se sont pas prononcés, mais sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, à la partie moyenne du cou un ganglion carotidien du côté gauche commence à s'engorger.

Une quatrième fois, un mois après, le malade revient, la déglutition est devenue très difficile, l'état général est un peu atteint, le ganglion carotidien indolent et mobile atteint le volume d'une noix.

Le malade ne revient plus.

OBSERVATION III

Observation inédite et personnelle.

*Epithélioma de l'origine de l'œsophage, tumeur
parotidienne.*

M. Paul H..., âgé de 64 ans, cultivateur, vient à ma consultation en 1893.

Il s'agit d'un homme vigoureux, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel se plaignant de l'apparition depuis 5 mois environ, d'une tumeur au niveau de la région parotidienne droite.

Examen. — Au niveau du creux parotidien du côté droit, existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, s'étendant au-dessus du sterno-mastoïdien, ne débordant pas du tout en bas de l'angle de la mâchoire et n'empiétant nullement sur la région sous-maxillaire.

Cette tumeur est extrêmement dure, un peu bosselée, complètement adhérente aux parties voisines, sans limites précises. La peau cependant glisse facilement au-dessus de la tumeur.

Toujours du côté droit, il existe 2 ganglions échelonnés le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

La région sous-maxillaire, examinée avec soin, n'est nullement engagée.

Instruit par notre premier cas, nous questionnons attentivement le malade, mais il n'accuse rien, absolument rien du côté de la déglutition ou de la phonation. L'état général est bon, l'appétit excellent.

Les ganglions atteints sont parfaitement indolents, il

existe quelques douleurs irradiées dans la face, mais revenant de loin en loin et sans une très grande acuité.

J'examine alors avec soin la bouche et l'amygdale, mais à la vue aucune lésion n'est apparente.

N'ayant pas en ma possession de sonde œsophagienne, je portais le doigt profondément dans le pharynx et en arrière de l'épiglotte au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage, je percevai très nettement une tumeur indurée.

Le diagnostic pour moi n'était plus douteux, il s'agissait d'un cancer de l'origine de l'œsophage, avec envahissement des ganglions parotidiens.

Je formulai le désir à ce malade de le voir avec un chirurgien — en lui laissant le choix du médecin consultant — le malade mit cette consultation à une autre fois et je ne le revis plus.

Réflexions. — De ces deux observations personnelles, la première est surtout intéressante par l'aspect très particulier d'intensité que prenaient les douleurs irradiées alors que l'indolence de la tumeur ganglionnaire était totale.

La seconde offre, comme particulière, le siège un peu anormal de l'engorgement ganglionnaire et le manque absolu, au bout de cinq mois, de symptômes fonctionnels œsophagiens.

Nous regrettons que le malade de notre seconde observation personnelle ne soit pas venu avec nous chez un praticien comme nous le lui avions demandé. L'absence de tout symptôme œsophagien eut sans doute démontré, avec une sonde, qu'il n'y avait pas de rétrécissement appréciable du calibre de l'œsophage, mon diagnostic eut été enfin confirmé ou infirmé.

OBSERVATION IV

Observation inédite recueillie par M. Lapeyre, interne à l'hôpital St-Louis.

*Epithélium de l'extrémité supérieure de l'œsophage.
L'adénopathie est le premier symptôme perçu.*

X..., maçon, 59 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, service du Dr Championnière, le 22 octobre 1894.

Cet homme présente du côté gauche, dans la région sous-maxillaire, une tumeur du volume d'une petite pomme ayant débuté depuis 3 mois. Le malade ne souffre pas de sa tumeur, il est seulement inquiet de son très rapide accroissement.

Interrogé sur l'état de ses fonctions digestives, il accuse des troubles peu marqués. Il avale sa salive sans aucune peine, mais les aliments solides passent avec une certaine difficulté, aux prix de quelques efforts.

Il n'a pas de douleurs d'oreille, pas de dysphonie, ni de dyspnée, il a beaucoup maigri et perdu l'appétit, son aspect n'est pourtant nullement cachectique.

Examen. — La tumeur complètement indolente est extrêmement dure, elle est mobile sur les parties voisines, à contours très nets, sans aucune adhérence avec la peau.

La bouche et le pharynx sont indemnes, le cathéter œsophagien s'arrête à 20 centimètres environ de l'arcade dentaire supérieure, le rétrécissement ne peut être franchi, l'examen laryngoscopique fait par l'un des internes du service ne révèle rien dans le pharynx, ni dans le larynx.

Le malade est vu une seule fois, 15 jours après, la déglutition est devenue très difficile. La marche semble devoir être rapide.

OBSERVATION V

(Prof. Duplay. in Progrès médical, 1877, cité par Tostain.
Cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage).

Adénopathie sous-maxillaire apparaissant comme symptôme initial.

X..., âgé de 53 ans, a vu apparaître, il y a deux mois et demi, une tumeur à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de son maxillaire droit.

L'accroissement de volume est rapide ; 15 jours après la grosseur atteint le volume du pouce.

A ce moment il ressent un peu de gêne de la déglutition, un peu de douleur au moment où passent les aliments au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Puis apparaissaient du côté droit des douleurs irradiées dans tout le cou et la tête.

Examen. — A l'entrée du malade, la tumeur sous-maxillaire a environ le volume d'une pomme. De l'apophyse mastoïde et du bord inférieur du maxillaire, elle descend pour couper la moitié de la hauteur du cou.

En largeur elle s'étend des parties latérales de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien.

La tumeur s'étend profondément vers la colonne vertébrale et semble avoir contracté des adhérences. Elle est légèrement entraînée dans les mouvements de déglutition.

La peau est peu mobile sur la tumeur, régulièrement dure, homogène.

L'état général du malade est bon, cependant il a maigri depuis deux mois.

M. le professeur Duplay porte le diagnostic d'un cancer primitif de l'œsophage.

L'inspection de la bouche et de l'arrière-bouche reste sans résultats.

Au laryngoscope, l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques apparaissent infiltrés et rouges.

La sonde œsophagienne introduite rencontre une résistance au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage et revient induite de sang et de débris pustacés.

Le diagnostic posé par le professeur Duplay est donc vérifié.

OBSERVATION VI

(Citée par Tostain).

Kalnidero. Soc. Anatomique 1872.

Les pièces proviennent d'un homme âgé qui, il y a 4 quatre mois, a vu apparaître une tumeur du côté droit du cou en avant du sterno-mastoïdien.

Actuellement la tumeur, considérable, mesure 12 cent. de haut sur 11 cent. de large. Le malade, n'ayant accusé aucune gêne de la déglutition ou de la phonation, on croit à une tumeur cervicale primitive. Le malade succombe brusquement à une hémorrhagie, après avoir cependant présenté quelques troubles mal décrits du côté de la déglutition.

A l'autopsie, les gros vaisseaux du cou, carotide et jugulaire sont ulcérés, le pharynx est pris.

Les lésions pharyngées et œsophagiennes sont mal précisées, le point de départ de la lésion n'est pas affirmé.

Réflexions. — L'observation est ici trop incomplète pour être concluante, cependant nous nous croyons en droit de croire à un cancer primitif de la voie pharyngo-œsophagienne dont la latence est alors indiscutable.

OBSERVATION VII

(Citée par Tostain).

(Ziembicki. Soc. Anatomique 1875).

Cancer de l'œsophage, tumeur ganglionnaire énorme comprimant et envahissant la trachée.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, chez qui le début des accidents, ne peut être précisé.

La tumeur siège à gauche, énorme, elle refoule l'œsophage et la trachée. Il y a de la dyspnée et de la dysphagie. Ces symptômes sont uniquement attribués à la compression ; l'on croit à un cancer primitif.

La trachéotomie est pratiquée d'urgence, le malade succombe.

A l'autopsie, on découvre une lésion cancéreuse de l'œsophage.

La tumeur ganglionnaire secondaire envahissait elle-même la trachée qui était perforée.

OBSERVATION VIII

(Citée par Tostain)

Krishaber in Annales de Laryng. 1879. Cancer de l'entrée de l'œsophage. Tumeur cervicale-aphonic.

Le malade est un homme présentant pour unique symptôme fonctionnel de la raucité de la voix mais en outre de l'engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic porté, était cancer du larynx.

Krishaber conclut que l'aphonic devait être due à la compression du recurrent.

En effet, une plaque épithéliomateuse occupait l'entrée de l'œsophage au niveau de la paroi postérieure. Le larynx était indemne.

OBSERVATION IX

Citée in-extenso dans la thèse de Tostain
(Résumée)

Le Dentu et Mayer. Soc. anatomique 1878. Cancer latent, du Pharynx-adénopathie cervicale.

Un homme de 60 ans, sans antécédents à vu apparaître il y a un an une tumeur sur la partie latérale du cou.

A ce moment la gorge était parfaitement intacte et rien n'attirait l'attention de ce côté.

A son entrée dans le service :

La tumeur très bosselée occupe presque toute la hauteur du cou, le malade ressent quelques picotements dans la gorge.

L'examen laryngoscopique ne donne aucun résultat, cependant la gêne de la déglutition commence à être perçue par le malade, qui trois mois après succombe.

A l'autopsie, on trouve dans la gouttière latérale droite du pharynx, une plaque épithéliomateuse refoulant légèrement les replis aryténo-épiglottiques. En arrière elle est jointe à travers la paroi du pharynx, à la tumeur du cou par une sorte de cordon, probablement un lymphatique dégénéré.

Réflexions. — Ici l'autopsie ne permet pas de douter sur la réalité de la lésion primitive du pharynx et ce qui est important à signaler, c'est que pendant la vie l'épithélioma primitif recherché à plusieurs reprises n'avait pu être découvert.

OBSERVATION X

Observation inédite, clinique du Dr Lubet-Barbon

*Epithélioma du pilier antérieur et du bord de la langue
adénopathie cervicale. Phénomènes de compression
du pneumogastrique.*

En décembre 1894, est amené à la clinique du Docteur Lubet-Barbon un homme de 54 ans, atteint de ramolissement cérébral et chez lequel on observe depuis plusieurs mois le développement d'une tumeur du côté gauche du cou.

Le malade est hors d'état de répondre à un interrogatoire, mais il ne semble pas souffrir de sa tumeur, ni avoir ressenti de gêne pour avaler.

L'appétit est parfaitement conservé, ce qui a effrayé sa femme ce sont de véritables crises de suffocations et de palpitations mises sur le compte de son état cérébral.

A l'examen on perçoit : En arrière de la branche montante du maxillaire gauche une tumeur dure semblant avoir des racines profondes s'enfonçant vers la colonne vertébrale, elle ne fait pas saillie dans le pharynx.

Mais de ce côté existe au niveau de la base du pilier antérieur droit et du bord de la langue, une vaste ulcération cancéroïdale à bords éversés et indurés, absolument typique.

Le diagnostic absolu est : Epithélioma du pilier antérieur et de la base de la langue et adénopathie consécutive.

Les phénomènes de suffocation observés sont certainement dus à la compression du pneumogastrique, en raison même des racines profondes de la tumeur secondaire.

OBSERVATION XI

(Katzenstein in Berliner medicinische Gesellschaft
10 février 1892).

*Cancer de la lnette. Adénopathie sous-maxillaire
énorme. (Résumée).*

Un homme de 69 ans s'aperçoit en décembre 1891, qu'il a une grosseur au niveau de l'angle du maxillaire gauche.

Aucun trouble, aucune douleur pour mâcher et avaler. Un peu seulement de chatouillement, et de sécheresse de la gorge.

Examen. — La luette, du volume d'une noisette, est exulcérée à sa surface, d'aspect lardacé.

Il n'y a rien au larynx ni au pharynx.

La tumeur ganglionnaire a le volume d'une petite pomme, est d'une dureté ligueuse, reste parfaitement mobile.

Les ganglions angulo-maxillaires droits sont un peu engorgés.

Il y a disproportion entre le volume des ganglions et la petitesse de la lésion amygdalienne.

L'examen histologique est fait ; il s'agit d'un épithélioma pavimenteux typique.

OBSERVATION XII

(Castex in Rev. chirurgic. 1886)

Epithélioma de l'amygdale. Adénopathie sous-maxillaire précédant de deux ans les autres symptômes.

X..., âgé de 64 ans, entré en février 1885 dans le service du Dr Guyon, présente un ganglion depuis 1882, au niveau de l'angle du maxillaire gauche. Il ressent en 1884, pour la première fois, un peu de douleur dans la gorge. A cette date il existe dans l'angle du maxillaire gauche, une véritable masse ganglionnaire.

Il consulte, en février 1885, non pour sa gorge, dont il n'a plus jamais souffert et dont il a même oublié la légère atteinte ; c'est sa tumeur cervicale qui l'inquiète.

Examen. — La tumeur sous-maxillaire atteint le volume d'une mandarine, elle est parfaitement mobile sur les parties voisines, ne contracte aucune adhérence à la peau.

L'amygdale gauche et même les piliers sont envahis par un néoplasme et atteignent le volume d'une petite amande. L'état général est excellent ; le malade trouve sa gorge très bien.

OBSERVATION XIII

(Castex in Rev. chir. 1886)

*Cancer de l'amygdale. Adénopathie sous-maxillaire
suppurée.*

X..., âgé de 46 ans, vient à la consultation du Dr Verneuil, à la Pitié, en mars 1885.

En juillet 1884, il a vu brusquement, sans éprouver aucune douleur de gorge, apparaître au-dessous et en avant de l'angle du maxillaire droit, une tumeur du volume d'un pois, puis bientôt d'une amande.

Quelques jours après l'apparition de cette tumeur, il ressent un peu de douleur à la gorge et voit un médecin qui prescrit de l'iodure de potassium et un gargarisme au chlorate de potasse.

L'amygdale, examinée à ce moment avait, paraît-il, semblé un peu grosse. En mars 85, la tumeur sous-maxillaire suppure. A cette époque le Dr Castex constate : la présence d'une masse ganglionnaire très dure mais adhérente à la peau, sauf en un point qui suppure.

La tumeur est mobile sur les parties profondes.

L'amygdale droite a le volume d'une amande, elle est dure, non douloureuse. Le malade n'a aucunement souffert depuis un an, sauf de son ganglion, lorsqu'il s'est enflammé.

Aucune irradiation douloureuse vers l'oreille. L'état général est excellent, le diagnostic porté est épithélioma de l'amygdale droit avec adénopathie secondaire.

OBSERVATION XIV.

(Castex in Rev. Chirurgie 86.)

Epithélioma de l'amygdale, adénopathie sous-maxillaire.

X..., âgé de 58 ans, s'aperçoit en mai 85, qu'il a au niveau de l'angle du maxillaire gauche une tumeur indolente.

En juillet seulement, pour la première fois, il éprouve un peu de gêne à avaler, puis cette gêne s'atténue beaucoup.

Examen. — Le 21 août 1885 : la tumeur a le volume d'une mandarine ; la masse ganglionnaire déborde en arrière le maxillaire et empiète sur la région parotidienne.

Elle est non adhérente à la peau mais adhérente aux parties profondes. Une ulcération existe sur l'amygdale gauche et le pilier antérieur.

Il n'y a aucun phénomène de cachexie.

OBSERVATION XV.

(Castex in Rev. Chirurgie.)

*Cancer du pharynx, tumeur secondaire parotidienne.
Communiquée par le Dr Routier.*

X... se présente en 84, porteur d'une tumeur parotidienne ayant débuté il y a 3 mois.

La tumeur située au-dessus du sterno-mastoïdien a le volume d'un œuf de poule et est prête à s'abcéder.

Le malade succombe à un érysipèle. A l'autopsie, on trouve un carcinome à point de départ pharyngien.

OBSERVATION XVI.

(In. th. Piérin 79.)

*Tumeur ganglionnaire énorme et abcédée, Petite
ulcération épithéliomateuse de l'amygdale.*

X... se présente dans le service du Dr Verneuil, en 1879. Il présente depuis 2 mois, à gauche, une tumeur du cou qui s'est ulcérée et a été ponctionnée au bistouri.

Les ganglions sous-maxillaires, carotidiens, parotidiens forment une seule masse dure et ulcérée.

Il y a un peu de gêne de la déglutition, cachexie marquée.

Examen. — Amygdale gauche très petite, égale à peine le volume de l'autre ; mais elle présente sur sa face

interne près du pilier postérieur, une gerçure verticale grisâtre. Elle est tout entière indurée. Le diagnostic porté est épithélioma de l'amygdale.

Le traitement anti-syphilitique est donné, le malade succombe au bout d'un mois.

OBSERVATION XVII

(Docteur Lermoyez, in Annales des maladies de l'oreille du pharynx).

Sarcôme de l'amygdale.

M. Mil..., cultivateur, âgé de 35 ans, grand fumeur. ressent en buvant une sensation de douleur assez vive qui disparaît par le chlorate de potasse.

En août 1892, il a une hémorrhagie buccale extrêmement abondante et entre à la Maison de santé, où il est vu le premier octobre. Le malade va et vient, cependant il a beaucoup maigri, son état général est médiocre, la peau a pris une teinte mate presque jaunâtre. La voix est normale ; la dysphagie est légère, mais souvent survient une douleur lancinante irradiée à l'oreille gauche, ou mieux à quelques centimètres en arrière. L'intensité de cette douleur reste médiocre et c'est le seul symptôme dont se plaint le malade.

Examen. — Une vaste et profonde ulcération occupe l'amygdale gauche ayant détruit une grande partie du pilier antérieur et envahi la partie moyenne du pilier postérieur.

Le pharynx nasal, la base de la langue, l'entrée du

larynx sont intacts ; l'ulcération est uniquement amygdalienne.

L'ulcération forme un cratère au fond duquel naissent des bourgeons végétants, mollasses et saignants. Au pilier antérieur, là où aurait débuté la lésion, le bord est franchement végétant, renversé en dehors ; sa dureté est cartilagineuse.

Au niveau de l'angle gauche de la mâchoire, existe un ganglion du volume d'un haricot, dût, indolore, roulant sous le doigt.

L'examen microscopique fait porter le diagnostic de sarcome fasciculé.

Mais selon M. Lermoyez, très profondément seulement, le tissu lymphoïde normal de l'amygdale faisait place aux éléments fusiformes du sarcome.

Une prise trop timidement faite n'eut atteint que les couches superficielles et le microscope n'eut montré que du tissu adénoïde plus ou moins irrité.

OBSERVATION XVIII

(D^r Luc, in Arch. interne. Laringol, juillet-août 1892)

Sarcome de l'amygdale gauche pris pour une hypertrophie simple même après deux examens histologiques. Adénopathie sous-maxillaire.

X..., âgé de 50 ans, présentant une tumeur de l'amygdale gauche supportant une ulcération à bords indurés.

Il n'y a pas d'adénopathie, l'état général est bon.

Un fragment de la tumeur examiné au microscope, présente le caractère de l'hypertrophie amygdalienne.

Après deux mois, l'ulcération s'étendant, un nouveau fragment est prélevé et donné à un deuxième histologiste.

Celui-ci, comme le premier, diagnostique une hypertrophie amygdalienne.

Deux mois encore se passent, des douleurs lancinantes existent, les ganglions sous-maxillaires s'engagent, l'état général est touché.

Gombault diagnostique, à l'examen histologique, un sarcome.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Mondière.* — Arch. gén. Méd., T. XXV, p. 387, 1831.
- Guersant fils.* — Gazette des Hôpitaux (in Tostain), 1845-46
- Béhier.* — Conf. clinique de la Pitié. Rétrécissements de l'œsophage, p. 68-69, 1861-62.
- Broca.* — Bull. de la Soc. anat., T. X, 2^{me} série, p. 273, 1865, (épithélioma ganglionnaire du cou primitif).
- Verneuil.* — Cours de la Faculté (in dict. Dechambre, T. XXI, p. 252). Cancer primitif des ganglions du cou, 1869.
- Bergeron.* — Th. agrég., Paris. Des tumeurs gangl. du cou, 1872.
- Nicaise.* — Cancer gangl. primitif du cou (Th. Paris), (in dict. Dechambre, p. 252), 1872.
- Poland.* — British and Foreign Med. clin. Review, n° 98, 1872.
- Rendu.* — Arch. gén. Méd., T. II, p. 227, 1872.
- Rizzoli.* — Clinique chirurgicale, p. 258 (in Castex), 1872.
- Hulinet et Longuet.* — Bull. de la Soc. anat., Paris, p. 656. Epithéliome cylindrique 1873.
- Passaguay.* — Des tumeurs de l'amygdale (Th. Paris, 1873.

- Legallois.* — Du lymphadénome du cou (Th. Paris), 1873.
- Isambert.* — Annales des maladies de l'oreille et du larynx (in Tostain).
- Hayem.* — Revue des Sciences Médicales, T. VIII, p. 337, 1876.
- Nélaton Péan.* — Pathologie chirurgicale, T. IV, p. 807-808, 1876.
- Duplay.* — Progrès Médical (21 juillet). Leçon clin. hôp. Saint-Louis, 1877.
- Duplay.* — Soc. de chirurgie (cas de Marjolin), 1877.
- Lennox Browne.* — Epithéliome de l'amygdale. Brit. Med. Journ., fév. et déc.
- Le Dentu et Mayor.* — Soc. anat. (Origine second. du cancer gangl.), 1878.
- Piérin.* — Epithélioma de l'amygdale (Th. Paris), 1879.
- Krishaber.* — Annales de laryngologie (in Tostain et in encyclop. intern. de chirurgie, T. V, p. 863, 1879.
- Volkmann.* — Revue de Méd. et de Chirurg., 1882.
- Tostain.* — Du cancer des ganglions du cou. Th. Paris, 1884.
- W. Taylor.* — The Boston Méd. and surg. Journ. (5 juin). in Castex, 1884.
- J. Pérochaud.* — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Th. Paris, 1885.
- Bullin et Golding Beard.* — De la fréquence des tumeurs amygdaliennes, Soc. path. de Londres, 20 oct. 1885. in annales des maladies de l'oreille et du larynx, p. 284, 1893.
- Castex.* — Revue de Méd. et de chirurgie, p. 45, 131, 304, 1886.
- Chauvel, Delens, Terrillon.* — Bulletins et mémoires de la

- Société de chirurgie. Tumeurs du pharynx, de leur extirpation, T. XII, p. 502, 507, 519, 570. 1886.
- Maurice Jeannel.* — In encycl. intern. de chirurgie. De la précocité de l'adénopathie cervical du cancer œsophagien, p. 680, 1886.
- Derecq.* — De l'épithéliome primitif de l'amygdale, Th. Paris, 1886-87.
- A. Broca.* — Art. pharyngotomie. In dict. encycl. des Sciences Méd., Paris, 2^{me} série, T. XXIV, p. 42, 1887.
- Baratoux.* — Traité des maladies du larynx, 1891.
- Lennox, Browne.* — Traité des maladies du larynx, trad. par d'Aigre, p. 245. Paris in Annales des maladies de l'oreille et du larynx (1893, p. 284), 1891.
- Luc.* — Sarcome de l'amygdale, difficultés du diagnostic histologique, in Arch. intern. de laryngologie, juillet-août, 1892.
- Katzenstein.* — Cancer de la luctte (in Berliner Medicinische Gesellschaft, séance du 10 fév. 1 32). In annales des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx, p. 87. 1893.
- Lermoyez.* — Un cas de sarcome de l'amygdale, in annales des maladies de l'oreille, etc., p. 285, 1893.
- Follin et Duplay.* — Traité de path. ext., T. V, p. 261, 267.
- Duplay et Reclus.* — Nouveau traité de chirurgie, T. V, p. 372, 486.
- Dechambre.* — Dictionnaire, T. IV, p. 26. Cancer amygdale, T. XII, p. 148. Cancer en général, T. XXI, p. 251. — Adénopathie cancéreuse, T. XXIV, p. 42. Pharyngotomie.

Jaccoud. — Dictionnaire, T. II, p. 115. Amygdales, T. XXI, p. 385. Œsophage.

Beaunis. — Physiologie humaine, T. XI, p. 634, 635.

Sappey. — Anatomie, T. II, p. 871, 889, 891, 892, 893.

Cruvelhier. — Anatomie, T. II, p. 106, 113. T. III, p. 317, 318.

Gillette. — In dict. Dechambre, T. XXI, p. 39, 40.

VU :

Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

VU : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

